

Trabajo Fin de Grado

Atención sanitaria extrahospitalaria en pacientes jóvenes intoxicados por consumo de alcohol

Autor

Héctor Chueca San Gil

Director

Pedro José Satústegui Dordá

Escuela Universitaria Ciencias de la Salud

2012

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	_____	2
OBJETIVOS	_____	5
METODOLOGÍA	_____	6
DESARROLLO	_____	7
CONCLUSIONES	_____	12
BIBLIOGRAFÍA	_____	13
ANEXOS	_____	15

1. INTRODUCCIÓN

Según los últimos datos del Observatorio Español sobre Drogas en España, en 2008 el 81% de los jóvenes con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años habían tomado bebidas alcohólicas al menos una vez en la vida, y alrededor del 60% habían consumido alcohol en el último mes. En este informe se pudo constatar el cambio en el modelo de consumo de alcohol caracterizado por la ingesta de grandes dosis en cortos periodos de tiempo circunscrito fundamentalmente a los fines de semana (1, 2) (Anexo I).

Las bebidas alcohólicas contienen etanol como principal componente siendo la concentración variable según el tipo de bebida. Esta concentración se expresa en forma de graduación, con valores de entre 4 y 15 grados para las bebidas fermentadas y entre 16 y 45 grados para las destiladas. El resto los componentes de este tipo de bebidas son los que les otorgan sus diferentes sabores, aromas y coloración. El alcohol etílico o etanol es un líquido incoloro, inflamable y volátil que debido a sus características de polaridad y tamaño posee gran capacidad de difusión en medios lipídicos, lo que facilita tanto su absorción como su difusión por el organismo (3, 4).

El etanol presenta una absorción rápida a nivel de estómago e intestino delgado alcanzando el pico máximo a los 45-60 minutos posteriores a su consumo. La velocidad de absorción depende de diversos factores, tales como la dosis, la velocidad con la que es ingerido, su graduación (siendo las bebidas de graduación más baja las que presentan una absorción más rápida), sexo (afectado más a las mujeres que a los hombres), peso corporal (efectos más intensos en personas de bajo IMC), combinación con bebidas carbónicas, ayuno (la ingesta disminuye la absorción) (5, 6, 7).

En España el consumo de alcohol en jóvenes tiene lugar fundamentalmente en dos contextos bien definidos: uno de ellos se produce en los bares, discotecas, o en recintos preparados para festivales y actuaciones, mientras que en otras ocasiones el consumo de alcohol tiene lugar al aire libre, en calles, parques o cualquier lugar público en lo que se conoce como *botellones*; en estas ocasiones la compra de alcohol tiene lugar en pequeños establecimientos, habitualmente de manera previa a la entrada a salas de ocio nocturno. Según algunos autores, esta conducta, podría estar explicada en parte por la diferencia en el coste del alcohol de ser consumido en locales de ocio o en forma de *botellón* (1, 8).

De esta manera, el *botellón* se ha convertido en un fenómeno socio-juvenil de primer orden, creando un estilo de ocio controvertido y generando un conflicto de intereses por parte de distintos colectivos: ciudadanía, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, hostelería, empresarios de pequeños supermercados y gerentes de locales de ocio nocturno (5, 9).

Según *Calafat et ál* el movimiento del *botellón* se inició en España en la década de los ochenta, coincidiendo con la implantación de la cultura de la litrona, permitiendo que los jóvenes y estudiantes consumieran mayor cantidad de alcohol a un menor coste que en los locales de ocio nocturno, al mismo tiempo que esta forma de consumo pasaba a formar parte de un ritual de unión previo a la asistencia a un evento. No obstante, no existiría según estos autores un momento concreto en el que se pudiera hablar del inicio del fenómeno del *botellón*, al ser un acontecimiento que se ha producido de forma progresiva en la sociedad (7, 10, 11).

Por otro lado, muchas regiones de España han experimentado un aumento del número de jóvenes que procedentes de otros países de Europa, son atraídos por un turismo de sol, playa, fiestas y alcohol, llegando a nuestro país para disfrutar de las agradables temperaturas de la costa y asistir a discotecas y fiestas nocturnas en las que se consume alcohol en grandes cantidades, acompañado en muchas ocasiones de otras sustancias (5, 12).

Así, el modo y los contextos en los que se produce el consumo de alcohol en España por parte de los jóvenes, hace que con frecuencia, los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias tengan que prestar asistencia sanitaria a este grupo de pacientes, siendo en muchas ocasiones los amigos o acompañantes de los jóvenes, actuando como primeros intervinientes, los que activan los servicios de emergencias (SEM) que se desplazan al lugar para proporcionar una respuesta rápida, efectiva y de calidad al paciente. En otras ocasiones son los propios pacientes los que acuden a los servicios de urgencias de los centros sanitarios. A este respecto, diferentes estudios han demostrado que no existen diferencias significativas en la frecuentación de los servicios de urgencias por esta causa en función del sexo de las personas (5, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19).

La Intoxicación Etílica Aguda (IEA) se caracteriza por un conjunto de alteraciones funcionales y comportamientos mentales que aparecen tras la ingesta de alcohol, siendo la sintomatología directamente proporcional a las concentraciones de sustancia en sangre, que se correlacionan con los niveles de etanol en el cerebro. Clásicamente se han descrito cuatro niveles para la IEA: en el primer nivel el paciente presenta verborrea, euforia, ausencia de sensación de fatiga, sensación subjetiva de aumento de reflejo e incoordinación; en el segundo nivel aparece alteración de los reflejos, irritabilidad moderada, torpeza motora, incoherencia, desinhibición e impulsividad molesta y peligrosa; en el tercer nivel aumentan las conductas peligrosas por parte del consumidor de alcohol, frecuentes caídas, conducta agresiva y visión doble o borrosa; el cuarto grado es el más peligroso por llegar a presentar una depresión del sistema nerviosos central e incluso la muerte (3, 9, 13, 20, 21, 22) (Anexo II).

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que las complicaciones más frecuentes en una IEA en jóvenes son: agitación psicomotriz, hipotermia y deshidratación. La hipoglucemia asociada al consumo de alcohol en jóvenes rara vez se presenta, y cuando lo hace se debe habitualmente al consumo concomitante de otras sustancias que generan alteraciones metabólicas secundarias (4, 5, 8, 13, 15, 20, 22, 23, 24).

De esta forma el establecimiento de estrategias en los cuidados que disminuyan la variabilidad de los mismos y que permitan proveer a estos pacientes de una asistencia sanitaria rápida, efectiva y eficiente en el medio extrahospitalario, supone un aspecto esencial a la hora de garantizar la calidad de la atención prestada por los profesionales de enfermería.

2. OBJETIVO

- Desarrollar un plan de cuidados que garantice la calidad de la asistencia sanitaria extrahospitalaria en los pacientes jóvenes intoxicados por consumo de alcohol.

3. METODOLOGÍA

Diseño de estudio:

En la realización del estudio, se aplicó un diseño de carácter descriptivo basado en una estrategia de búsqueda de fuentes bibliográficas y en la aplicación de competencias del Plan de Estudios del Título de Graduado/a en Enfermería por la Universidad de Zaragoza.

Estrategia de búsqueda:

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los distintos aspectos relativos a la intoxicación alcohólica en jóvenes y adolescentes, limitando la búsqueda a aquellos artículos publicados en inglés y español, en las siguientes bases de datos: PubMed, Cuiden, Scielo, Cochrane Summaries, Medline, indexmedicus, Dialnet, BDIE, IME.

Palabras clave utilizadas;

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda bibliográfica fueron las siguientes: *"intoxicación", "alcohol", "etanol", "adolescentes", "youngsters", "teens", "teenagers", "alcoholic", "intoxicated", "emergency", "botellón"*.

Desarrollo temporal del estudio:

El trabajo se desarrolló en el periodo comprendido entre Febrero y Abril de 2012.

Ámbito de aplicación del estudio:

Este trabajo puede resultar de interés para los profesionales de la enfermería que desarrollen su trabajo en el área de las urgencias y emergencias extrahospitalarias, urgencias de atención primaria y urgencias hospitalarias.

Población diana:

Adolescentes y jóvenes intoxicados por consumo de alcohol.

Taxonomía utilizada:

NANDA, NIC, NOC.

4. DESARROLLO

Teniendo en cuenta las características de los pacientes jóvenes intoxicados por consumo de alcohol, y tras la evaluación según los patrones funcionales de Gordon, sería posible definir con mayor frecuencia los siguientes diagnósticos de enfermería en el medio extrahospitalario:

Riesgo de violencia dirigida a otros (NANDA 00138)

Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para otros (25).

Factores de riesgo;

Para este tipo de situaciones, factores de riesgo como la impulsividad, el lenguaje corporal (postura rígida, puños y mandíbulas contraídos, hiperactividad y posturas amenazadoras) así como la historia de violencia hacia otros, nos deben poner en preaviso (26, 27).

Resultados NOC;

El resultado deseable sería el autocontrol de estas conductas violentas o lesivas hacia los demás (NOC 1401), así como el autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo (NOC 1405) (26, 27).

Intervenciones NIC;

Las intervenciones deben de estar encaminadas a la ayuda para el control del enfado y un manejo ambiental que prevea la violencia. Para ello se recomienda el acuerdo con el paciente, el establecimiento de límites o medidas protectoras (NIC 6487, 6486, 6481), un correcto manejo de la medicación (NIC 2380, 2300) y de la conducta, tratamiento por el consumo de sustancias nocivas; retirada del alcohol y drogas (NIC 4510, 4512), en caso de ser necesario se debe aplicar la sujeción física (NIC 6580) (26, 27).

Actividades;

Identificar conductas que indiquen violencia inminente, concertar con el médico el uso de medidas de moderación si son necesarias (26, 27).

Riesgo de violencia autodirigida (00140)

Riesgo de conductas que manifiesten que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para si misma (25).

Factores de riesgo;

La edad (15-19 años) y los problemas de salud mental como los derivados del abuso de alcohol (26, 27).

Resultados NOC;

Autocontrol de la conducta abusiva y acciones personales para reprimir las lesiones autoinfligidas intencionadas (26, 27).

Intervenciones NIC;

Teniendo en cuenta las características de urgencias y emergencias, las más adecuadas son la gestión de las conductas de autolesiones ayudando al paciente a través de la aplicación de estrategias resolutivas ante situaciones sociales e interpersonales. También, la gestión del entorno para proveer la violencia, ha de reducir el potencial de comportamientos violentos autodirigidos(NIC 4354, 6340) (26, 27).

Actividades;

Prevenir el daño físico si la ira se dirige uno mismo (retirar armas potenciales), usar un acercamiento calmado y seguro, poner guantes, tablillas o cualquier dispositivo que se considere necesario para limitar la movilidad y habilidad de provocar daños a si mismo cuando sea necesario (26, 27).

Hipotermia (NANDA 00006)

Temperatura corporal inferior al rango normal (25).

Características definitorias:

Hipertensión arterial, lechos de las uñas cianóticos, palidez, piel fría, relleno capilar lento, temperatura corporal inferior al rango normal, temblores, taquicardia (26, 27).

Resultados NOC;

Estados de los signos vitales; mantener en rangos normales la temperatura, el pulso, respiración y tensión arterial (NOC 0802) (26, 27).

Termorregulación; equilibrio entre la producción, ganancia y pérdida de calor (NOC 0800) (26, 27).

Intervenciones NIC;

Monitorizar signos vitales, recogiendo y analizando los datos cardiovasculares, respiratorios y sobre la temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones (NIC 6680). Regularizar la temperatura, alcanzando o manteniendo la temperatura corporal en un rango normal (NIC 3690). Tratamiento contra la hipotermia; recalentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal central se encuentra por debajo de 35º (26, 27).

Actividades;

Registrar constantes vitales iniciales, colocación de un monitor cardiaco, utilizar un termómetro de bajo rango si fuera necesario, usar un dispositivo de monitorización de la temperatura, o realizar lecturas en cortos periodos de tiempo, limitar el consumo de alcohol. En el medio extrahospitalario está indicado proporcionar ropa seca, mantas calientes, dispositivos de calor mecánico. Está contraindicado administrar medicamentos por vía intramuscular o subcutánea a un paciente hipotérmico (26, 27).

Déficit de volumen de líquidos (00027)

Reducción del líquido intravascular, intersticial o intracelular; esto hace referencia a la deshidratación: pérdida de agua sin cambio en la concentración de sodio (25).

Resultados NOC;

Hidratación: agua adecuada en los compartimentos intracelulares y extracelulares del cuerpo (NOC 0602) (26, 27).

Intervenciones NIC;

Gestión del shock, volumen: promover una perfusión tisular adecuada para un paciente con volumen intravascular seriamente comprometido (NIC 4258).

Terapia intravenosa: administración y control de líquidos y medicamentos por vía intravenosa (NIC 4200) (26, 27).

Actividades;

Administración de tratamientos intravenosos según pauta médica (26, 27).

Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)

Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa /azúcar en sangre (25).

Resultados NOC;

Concentración plasmática de glucosa: concentración plasmática y urinaria de glucosa mantenida dentro de unos límites normales (NOC 2300) (26, 27).

Intervenciones NIC;

Gestión de la hipoglucemia: prevenir y tratar las concentraciones plasmáticas de glucosa inferiores a los valores normales (*NIC 2130*) (26, 27).

Actividades;

Las actividades en este diagnóstico se centran en la vigilancia de los signos y síntomas de hipoglucemia (26, 27).

5. CONCLUSIONES

Los cuidados a pacientes fundamentados en una adecuada valoración clínica y en la utilización sistemática de la taxonomía NANDA-NIC-NOC, constituyen la base de una práctica enfermera de calidad que contribuye a disminuir la variabilidad en la asistencia sanitaria y a aumentar la seguridad de los pacientes jóvenes que son atendidos en el medio extrahospitalario a causa de una intoxicación por alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cadaveira F. Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*. 2009;21(1):9-14.
2. Observatorio español sobre drogas. Encuesta estatal sobre el consumo de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES). Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD); 2008.
3. Medranda ML, Benitez MR. Consumo de alcohol en jóvenes españoles. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8(3):S43-54.
4. Gual A. Monografía alcohol. *Adicciones*. 2002;14(1):23-63.
5. Sanz N, Arias V, Trenchs V, Curcoy AI, Matalí J, Luaces C. Consultas por intoxicación etílica aguda en un servicio de urgencias pediátricas. *An Pediatr (Barc)*;2009;70:132-6.
6. Roldán J, Frauca C, Dueñas A. Intoxicación por alcoholes. *Anales Sis San Navarra*. 2003;26(1):129-139.
7. Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid. Jóvenes y alcohol. Una mala compañía. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
8. Stolle M, Sack P, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch Arztebl Int*. 2009;106(19):323-8.
9. Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Noticias. Los adolescentes madrileños retrasan la edad del inicio en el consumo de alcohol; 2006.
10. Calafat A, Juan M, Becoña E, Castillo A, Fernández C, Franco M. El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones* 2005; 17(3):193-202.
11. Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid. Los padres frente al botellón. Guía práctica para una diversión sana de los hijos. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo; 2002.
12. Gómez R, López M. El botellón: ¿problema de salud pública o de orden público?. *Gac Sanit*. 2002 Jun;16(3):282-282.
13. Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Díaz Brasero A, García Gil ME, Yubero Salgado L, Torres Pacho N. et al. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el área sur de la Comunidad de Madrid: estudio VEIA 2004. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2008 Jun;25(6):262-268.

14. Izquierdo, M. Intoxicación alcohólica aguda. Adicciones. 2002;14(1).
15. Weinberg L, Wyatt J. Children presenting to hospital with acute alcohol intoxication. Emerg Med. 2006;23:774-776.
16. Matalí JL, Serrano E, Pardo M, Trenchs V, Curcoy A, Luaces C. Perfil de los adolescentes que acuden a urgencias por intoxicación enólica aguda. An Pediatr (Barc). 2012;76(1):30-37.
17. Arnal D, Bernardinos M, León JA, Velayos C, Gómez JC, Gilarranz JL. Intoxicaciones por alcohol. 2a ed. Barcelona: Ergon. 2008.
18. Villarreal ME, Sánchez JC, Musitu G, Varela R. El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. Intervención Psicosocial. 2010 Dic;19(3):253-264.
19. Plan Nacional Sobre Drogas. Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008. Plan de acción 2005-2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
20. Manual de Procedimientos SAMUR-Protección Civil. 4ª ed. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. 2003.
21. Campañá López D, Jústiz Hernández SC, Calás Cuevas AM, Aguilar López WE, Fernández Aparicio MA. Intoxicación alcohólica en menores de 19 años. Medisan. 2007;11(3).
22. Altisent R, Pico MV, Delgado MT, Mosquera J, Auba J, Córdoba R. Protocolo de alcohol en atención primaria. Fmc doyma ed. 1997;3(4):5-8.
23. Vaca F. Developing best practices of emergency care for the alcohol-impaired patient. Ann Emerg Med 2002; 39(6):685-6.
24. Trastornos psiquiátricos. El manual Merck. 11ª ed. Madrid: Elsevier. 2007:1851-1856.
25. Nanda International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2010.
26. Wilkinson J, Ahern N. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Madrid: Pearson. 2008.
27. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, et ál. Interrelaciones Nanda, Noc y Nic. 2ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby. 2007.

ANEXO I

Tabla I. Epidemiología del consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes

periodo de consumo	estudiantes de secundaria 14-18 años	jóvenes 15-29 años
han consumido alguna vez	76%	86%
han consumido en el último año	75%	79%
han consumido en el último mes	58%	65%
consumo en el fin de semana	43%	46%

Fuente: Plan Nacional Contra la Droga. Estrategia Nacional sobre Drogas 2005-2008.
Plan de Acción 2005-2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.

ANEXO II

Tabla II. Efectos del alcohol según el nivel de alcoholemia

nivel de alcoholemia (en g/dl)	efectos producidos
0,5	desinhibición, alteraciones de la capacidad de pensamiento y razonamiento
1	torpeza perceptible en movimientos voluntarios
2	depresión del área motora t alteraciones del nivel emocional
3	confusión e incluso estupor
4-5	puede aparecer coma
>5	se puede producir la muerte por depresión respiratoria o incluso por aspiración voluntaria del vómito

Fuente: Drogas en Atención Primaria. Programa de Formación y Consulta.
Fundación de Ciencias de la Salud y Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción. 2002.

